IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 232)
z dnia 26 stycznia 2023 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 232)

26 stycznia 2023 r.

Komisja Zdrowia obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasz Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, zrealizowała następujący porządek dzienny:

– rozpatrzenie informacji na temat opieki koordynowanej w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ) – zasady, wycena, sprawozdawczość.

W posiedzeniu udział wzięli: **Waldemar Kraska** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Maciej Kraszewski** zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia, **Tomasz Dybek** prezes Krajowej Izby Fizjoterapeutów wraz ze współpracownikami, **Szymon Walter de Walthoffen** wiceprzewodniczący Krajowego Związku Zawodowego Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych, **Danuta Miłkowska-Mendrek** członek Krajowej Komisji Rewizyjnej Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy, **Joanna Zabielska-Cieciuch** ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie, **Marek Wleklik** członek Izby Gospodarczej „Farmacja Polska", **Jolanta Łysak** członek Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz **Dorota Ronek** wiceprzewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Krzysztof Olszewski**, **Małgorzata Siedlecka-Nowak** i **Monika Żołnierowicz-Kasprzyk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa ponownie na posiedzeniu Komisji Zdrowia.

Porządek dzienny obejmuje rozpatrzenie informacji na temat opieki koordynowanej w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ) – zasady, wycena, sprawozdawczość. Przedstawia minister zdrowia.

Witam panie i panów posłów. Witam pana ministra wraz ze współpracownikami. Witam zaproszonych gości.

Stwierdzam kworum. Czy są uwagi do porządku dziennego? Nie widzę. Stwierdzam zatem, że porządek dzienny został przyjęty. Rozpoczynamy jego realizację. Bardzo proszę, panie ministrze, oddaję panu głos.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska:

Dziękuję. Panie przewodniczący, Szanowna Komisjo, szanowni państwo, tematem naszego posiedzenia jest właśnie opieka koordynowana w POZ – zasady, wycena i sprawozdawczość. Jeśli chodzi o zasady, to wprowadziliśmy nowy przedmiot umowy. To jest właśnie koordynacja opieki. Wprowadzono koordynatora opieki, do którego obowiązków należy koordynowanie procesu rekrutacji i zapraszanie świadczeniobiorców powyżej 24. roku życia do programów profilaktycznych.

Zgodnie także z rozporządzeniem z 17 marca 2022 r., które zmienia poprzednie rozporządzenie, wszystkim świadczeniodawcom realizującym umowy w zakresie lekarza POZ ustalono budżet powierzony diagnostyczny na realizację badań wynikających z tego rozporządzenia. Przystąpienie do realizacji świadczeń wynikających z rozporządzenia jest dobrowolne dla świadczeniodawcy i wykonującego zadania lekarza POZ. To odbywa się na jego wniosek. Świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej są skierowane do pacjentów POZ w wieku powyżej 18. roku życia. W ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej wprowadzono możliwość diagnostyki i leczenia nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków, diagnostyki i leczenia cukrzycy, diagnostyki i leczenia astmy

oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc, diagnostyki i leczenia niedoczynności tarczycy oraz diagnostyki guzków pojedynczych i mnogich tarczycy.

Nowelizacja rozporządzenia ministra zdrowia także wprowadziła nowy wykaz dodatkowych badań, na które mogą kierować lekarze podstawowej opieki zdrowotnej. Wprowadziła także poradę kompleksową. Określiła elementy, jakie powinien zawierać indywidualny plan opieki medycznej odzwierciedlony w dokumentacji medycznej pacjenta. Także wprowadziła konsultacje – konsultacje pacjenta z lekarzem specjalistą, specjalistą, lekarzem POZ oraz konsultacje dietetyczne. Wprowadziła też porady edukacyjne wykonywane przez lekarza lub przez pielęgniarkę POZ.

Lekarz POZ obejmujący opieką świadczeniobiorców powyżej 18. roku życia w ramach zakresu obowiązany jest do prowadzenia przynajmniej jednej porady kompleksowej w roku kalendarzowym. Fundusz finansuje w danym roku kalendarzowym dla pacjenta właśnie tą jedną poradę kompleksową. Jeżeli chodzi o wycenę, roczna stawka kapitacyjna na realizację zadań przez koordynatora wynosi obecnie 6,72 zł. Także budżet powierzony diagnostyczny został w tej chwili określony przez rozporządzenie nr 79/2022. Także w opiece koordynowanej w przypadku objęcia opieką świadczeniobiorcy w zakresie świadczeń budżetu powierzonego opieki koordynowanej finansuje się w danym roku kalendarzowym nie więcej niż 3 konsultacje dietetyczne i nie więcej niż 6 porad edukacyjnych.

Finansowanie zadań koordynatora do 31 grudnia 2022 roku odbywało się poprzez zwiększenie rocznej stawki kapitacyjnej w wysokości 6,72 zł o współczynnik 1,25. Od stycznia tego roku nastąpiła zmiana sposobu finansowania zadań koordynatora opieki. Dla świadczeniodawcy, u którego zadeklarowana populacja pacjentów w grupie wiekowej powyżej 18. roku życia nie przekroczy 5000 osób ustalono ryczałt miesięczny w wysokości 6,5 tys. zł miesięcznie. Z chwilą, kiedy liczba pacjentów w wieku powyżej 18. roku życia u świadczeniodawcy przekroczy 5000, wartość rocznej stawki kapitacyjnej za pacjenta korygowana jest współczynnikiem 1,25.

Jeżeli chodzi o sprawozdawczość, to od października 2021 roku do grudnia 2021 roku umowę na ten zakres podpisało od 1319 świadczeniodawców. A do października 2022 ich liczba wzrosła do 1682. Jeżeli chodzi o budżet powierzony diagnostyczny, to w okresie od lipca do listopada 2022 roku wartość podpisanych umów na realizację świadczeń w ramach budżetu powierzonego diagnostycznego wynosiła 55 411 tys. zł. Teraz według danych na 5 stycznia tego roku wartość wykonanych świadczeń za okres lipiec–listopad 2022 wynosiła 5 301 tys. zł. To niestety stanowi tylko niecałe 10% planu na okres lipiec-listopad 2022. W okresie od lipca do listopada roku ubiegłego wykonano 305 tys. badań w ramach budżetu powierzonego diagnostycznego. W chwili obecnej według stanu na 5 stycznia 2023 r. 441 świadczeniodawców podpisało umowy na wyżej wymieniony zakres, w tym 226 świadczeniodawców podpisało umowy na 4 grupy dziedzinowe – kardiologia, diabetologia, pulmonologia i endokrynologia. W listopadzie 2020 roku zrealizowano 3550 świadczeń z budżetu powierzonego opieki koordynowanej, z czego 1926 to są porady kompleksowe. W roku 2022 zawarto umowy w zakresie świadczeń w budżecie powierzonym opieki koordynowanej o łącznej wartości 6 166 tys. zł, a za listopad rozliczono z funduszem 278 tys. zł. Łączna wartość umów na rok 2023 rok wynosi 155 769 tys. zł. Troszkę dużo liczb, panie przewodniczący, ale taki jest temat dzisiejszego spotkania.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Witam oczywiście przedstawiciela Narodowego Funduszu Zdrowia. Czy pan dyrektor też chce coś dopowiedzieć, czy ewentualnie w dyskusji, jeżeli będą pytania?

Zastępca dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia Maciej Kraszewski:

Dzień dobry państwu. Jeżeli w trakcie dyskusji pojawią się pytania, to chętnie odpowiem.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Otwieram dyskusję. Kto z państwa posłów, ale również zaproszonych gości chciałby zabrać głos, bardzo proszę. Proszę uprzejmie, pan poseł Wolski.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

Chciałem spytać o tę opiekę koordynowaną, co jest głównym tematem… Bo to jest taka w sumie najbardziej rewolucyjna zmiana, jeżeli chodzi o POZ w ostatnich latach czy dziesięcioleciach. Kurs założeniowy bardzo optymistyczny. Przypominam, że to już w zeszłym roku zaczęło działać. Sporo pieniędzy na to przeznaczono, a niewielka część została tylko wykorzystana, bo zainteresowanie było niewielkie. Chyba do tej pory około 10% złożyło wnioski. Szacunkowo – nie wiem, czy to państwa szacunki, czy ministerialne – 1/3 placówek znajdzie się w tym systemie, jak się uda. Bo system wydaje się dobry, nastawiony na pacjenta. Trzeba być sprawiedliwym. Oby to w praktyce funkcjonowało. Myślę tu o tej stronie finansowej – by cena tych różnych badań, którą też mamy tutaj przedstawioną w tej części opisowej była realistyczna, czyli nie będzie niższa niż możliwość ich załatwienia przez daną placówkę we własnym laboratorium lub z tym, z którym ma zawartą umowę.

Wątpliwe wydają się wyceny usług specjalistów, których jest przecież bardzo mało, dla których silną konkurencję stanowią różne placówki prywatne płacące im więcej. Czy to nie będzie wąskie gardło przy takich stawkach? Bo to trochę rynek reguluje. Jeżeli ci szczególnie deficytowi specjaliści będą mieli czasami nawet i wielokrotność tych stawek proponowanych przez pana ministra, to skąd tych specjalistów się weźmie?

Patrząc z tej strony praktycznej, pewnie należałoby nadzorować stale, jak ta koordynacja wygląda. Bo pewnie różne spodziewane i niespodziewane na dzisiaj trudności będą istniały. Powinno być wsparcie ze strony pana ministra zdrowia albo ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia. Doskonale wiemy, że stan zdrowotny społeczeństwa się regularnie pogarsza, lekarzy nie przybywa, a jeżeli przybywa, to w stopniu daleko niewystarczającym w stosunku do wzrastających potrzeb. Ten model oparty na koordynatorach – dyskutowaliśmy wczoraj i dzisiaj – w sieci onkologicznej. Czy tu jest jakaś współpraca również przewidziana? Już nie mówię o innych, na przykład o opiece kardiologicznej… Czy to będzie jakoś skorelowane, czy może nawet korelowane w trybie ciągłym, żeby cały czas to usprawniać, jednocześnie jak najsprawiedliwiej dzieląc biedę zarówno w sensie finansowym, jak i biedę w sensie deficytu personelu? Ja jako ja nie… Ale tak to realnie będzie. Nawet dzisiaj będzie w informacji bieżącej o sytuacji na wsi. Jak sądzę, jeżeli chodzi o opiekę koordynowaną, te duże, sprawne jednostki sobie w miarę poradzą. Mają większe kadry, łatwiejsze do zastąpienia… Na pewno w gorszej sytuacji są te malutkie, wiejskie ośrodki. Co z nimi będzie? Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy ktoś jeszcze z państwa chciałby zabrać głos? Wśród posłów na razie nie widzę. Zaraz oddaję głos gościom. Ja myślę, szanowni państwo, że to jest krok we właściwą stronę, panie ministrze. Po latach dyskusji na temat pewnych zmian, które dotyczą POZ – nie łudźmy się, na zmiany rewolucyjne tutaj nikt sobie nie pozwoli – następują zmiany ewolucyjne. I to jest taki element.

Bez pewnych zmian dotyczących POZ my sobie nigdy nie poradzimy z kolejkami, jeżeli tego nie uporządkujemy. Te działania, ta opieka koordynowana, również te badania, które będą dodatkowo w ramach budżetu powierzonego realizowane, dają taką możliwość. Oczywiście ktoś mógłby doszukiwać się i pytać: czy w takim razie skoro część badań będzie wydzielona w ramach budżetu powierzonego, to ci, którzy nie będą w tym systemie, będą płacić nadal stawki kapitacyjne za te same badania? Zresztą tak było do tej pory. Wydaje się, że jeżeli tak, to pewnie prędzej czy później wszyscy będą chcieli być w ramach tego systemu.

Tutaj, jak widzę, osoba, która się zgłaszała, kręci głową, że nie. Zaraz oddam pani głos. To moje refleksje, moje wstępne spostrzeżenie w tej sprawie. Później zobaczymy, jak to wszystko będzie funkcjonować i będziemy to później oceniać. Tyle z mojej strony. Z posłów przynajmniej na razie nikt się nie zgłasza, zatem goście. Bardzo proszę, pani na końcu.

Ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie Joanna Zabielska-Cieciuch:

Joanna Zabielska-Cieciuch, Federacja Porozumienie Zielonogórskie. Kręcę głową, panie pośle, bo to nie jest tak, że koledzy, którzy nie wejdą w opiekę koordynowaną, będą ze stawki kapitacyjnej finansować te badania. Ci koledzy nie mają możliwości kierowa-

nia na przykład na pakiet kardiologiczny, echo serca czy próby wysiłkowe. Po prostu ich pacjenci będą mieli możliwość skorzystania z takiej diagnostyki przez AOS.

Natomiast ja chciałam bardzo podziękować panom ministrom i wszystkim politykom, którzy przyczynili się do takiej decyzji, żeby podjąć wyzwanie wdrożenia opieki koordynowanej w POZ. Jest to działanie rewolucyjne jednak. Czekałam na taką możliwość wykonywania mojego zawodu – zawodu lekarza w zakresie specjalizacji z medycyny rodzinnej – ponad 20 lat. Jestem jednym z pierwszych wykształconych w Polsce lekarzy rodzinnych. Nasza wiedza, nasze umiejętności, nasze możliwości, które uzyskujemy w ramach specjalizacji, dotychczas były wykorzystywane może w połowie. Natomiast wdrożenie modelu opieki koordynowanej umożliwia nam sprawowanie w zakresie naszych kompetencji szerszej opieki nad pacjentami. Teraz modnie się to nazywa zarządzaniem chorobą przewlekłą. Te choroby mamy ściśle zidentyfikowane i nazwane.

Od razu chciałabym też państwu powiedzieć, że to nie jest zabieranie kompetencji i pracy kolegom specjalistom. My opiekujemy się i prowadzimy pacjentów z cukrzycą i nadciśnieniem, tylko musieliśmy wysyłać pacjentów do AOS, ponieważ nie mieliśmy możliwości wykonania na przykład próby wysiłkowej czy holtera. Ten pacjent, jeśli poszedł do kardiologa, to już do nas nie wracał, nawet jeśli nie miał potrzeby dalej być pod opieką specjalisty. System kontraktowania świadczeń w AOS troszeczkę już zmusza do tego, żeby ci pacjenci do nas wracali. Bo już jest zauważalne wprowadzenie tej płatności za pierwszą wizytę. Kardiolog, jeśli zrobi ją w ciągu kilku tygodni i będzie to porada kompleksowa z badaniami, otrzymuje około 500 zł. Wizyta kontrolna z kolei jest wyceniona na 60 zł. To już poskutkowało tym, że pacjenci wracają do nas z przykrą informacją dla nich, że kolejną wizytę mają wyznaczoną za 2 lata. Bo kardiolog nie widział potrzeby umawiania wizyty, za którą dostanie 60 zł, za kolejne 2 czy 3 miesiące. Zatem ten mechanizm zaczyna działać. Ci koledzy, którzy już złożyli oferty, podpisali umowy i realizują opiekę koordynowaną, to są podmioty, które były do tego przygotowane i na to czekały. W jaki sposób były przygotowane? Mamy ponad 200 jednostek, przychodni POZ w Polsce, które otrzymały akredytację centrum monitorowania jakości. Jednym ze standardów… Właściwie kilka standardów, typu grupy dyspanseryjne czy programy edukacyjne, które jednostka musiała prowadzić, to są właśnie elementy opieki koordynowanej. Właśnie te przychodnie, które już to realizowały, finansując z własnych środków i bez możliwości szerszej diagnostyki, były gotowe, żeby wejść w tą nową formę organizacyjną. Cały proces będzie trwał. Ja bym tu się dużo nie skupiała na tej ilości podmiotów, które wchodzą. Bo te, które weszły, to były te najlepiej zorganizowane, również te, które realizowały pilotaż POZ PLUS. My z tych podmiotów najwięcej czerpiemy – z ich doświadczeń – dlatego że wprowadzenie opieki koordynowanej wymaga zmiany organizacji pracy. Wymusza dobre prowadzenie terminarza i grafiku, planowanie tego grafiku nawet w okresie rocznym. My się tego uczymy. Tego, co już wiemy, uczymy naszych kolegów.

Jednym z naszych problemów jest brak na dzień dzisiejszy wytycznych dotyczących świadczeń dietetyków. Bo to jest nowość, że dietetyk pojawia się w ogóle w systemie finansowanym przez publicznego płatnika. Do tej pory był tylko w poradni diabetologicznej. Natomiast jak najbardziej jest nam ten dietetyk potrzebny do współpracy i to w znacznie szerszym zakresie niż trzy porady w roku wycenione po 50 zł. Ale rozumiem, że od czegoś musimy zacząć, więc usiłujemy zrobić coś z tym, współpracując ze środowiskiem dietetyków, jak te porady można wykorzystać. Ale analizując też, jak to jest zorganizowane w innych państwach – opieka koordynowana jest tematem modnym na całym świecie już od kilku lat – brakuje nam materiałów edukacyjnych, które pacjent mógłby otrzymać. Tu prośba do pana ministra o rozważenie i włączenie pionu zdrowia publicznego. Bo to jest znacznie szerszy zakres dotyczący opieki koordynowanej niż tylko przemodelowanie pracy organizacyjnej w POZ. Jeśli my sprawujemy opiekę – na przykład zarządzamy astmą i przewlekłą chorobą obturacyjną płuc – to mamy na myśli nie tylko poprawę jakości usług dla danego pacjenta, ale tu wchodzą elementy zdrowia publicznego. System musi na tym coś zyskiwać. To powinno być zaplanowane. Chociażby ilość poradni specjalistycznych – może ich będzie za dużo, a może nadal jest za mało… To musi być pod tym kątem również analizowane, a wydaje mi się, że tego brakuje – albo ja o tym nie wiem. Potrzebujemy też wsparcia w zakresie organizacji – to, co pan poseł mówił – w powiatach. Ja już nie mówię o terenie wiejskim, tylko nawet

w powiatowym. Ja mieszkam i pracuję w Białymstoku. My nawet w dużym ośrodku akademickim mamy problem ze znalezieniem podmiotów, które będą nam wykonywały badania z działki kardiologicznej. Pozostałe: ultrasonograficzne, diagnostyka, udało się zorganizować w ramach tych cen. Natomiast mamy sygnały z Polski, że w powiatach jedynym podmiotem, który świadczy takie usługi jak próby wysiłkowe, holtery, jest szpital powiatowy. A ceny są dwukrotnie wyższe niż te, które oferuje nam NFZ. To blokuje nam możliwość tej ścieżki. Jak panowie przeanalizujcie, to najmniej jest podmiotów, które realizują ścieżkę kardiologiczną. Pulmonolodzy, diabetolodzy, endokrynolodzy… Kardiologów do współpracy też mamy, ale mamy problem z tą diagnostyką. Ja w tej chwili prowadzę z czterema podmiotami rozmowy i idzie nam ciężko. Natomiast już się zaczęliśmy zastanawiać – być może jako grupa zorganizowana związkowa otworzymy swój podmiot, który będzie nam realizował tego typu usługi. Ale to jest kwestia czasu.

Chciałabym państwu powiedzieć, żebyście nie analizowali tych przerostów ilości przychodni z miesiąca na miesiąc. To, co teraz się zadziało; jeszcze trochę podmiotów czeka na to, co już udało nam się zorganizować i wdrożyć. Natomiast dalej to będzie mrówcza praca. Ja to porównuję do implementacji instytucji lekarza rodzinnego w naszym systemie, która trwa już ponad 20 lat. Na dziś, po 20 latach mamy sytuację, kiedy w POZ połowa lekarzy pracujących posiada specjalizację z medycyny rodzinnej.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Muszę zdyscyplinować trochę panią doktor i poprosić o skrócenie wypowiedzi.

Ekspert Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie Joanna Zabielska-Cieciuch:

Już kończę. Tyle chciałam państwu przekazać.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Cieszę się bardzo. Bardzo mi miło, że jest taka dobra współpraca między prezydium Komisji a stroną społeczną.

Jedna uwaga. Pani doktor – powiem tak, żeby było to też jasne i chciałbym być zrozumiany – niezależnie jak interpretujemy te mechanizmy, to one nie tylko wychodzą w kierunku oczekiwań lekarzy rodzinnych, ale też stanowią swego rodzaju zachętę, przynajmniej dla tych bardziej ambitnych, a zakładam, że wszyscy są tacy, żeby iść w kierunku tej opieki koordynowanej. To było moją intencją. Już niezależnie od tego, jak byśmy interpretowali kwestię tych wydatków na badania.

Pan przewodniczący Piecha.

Poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Ja, muszę powiedzieć, że odczułem tą opiekę koordynowaną na sobie. Było to dla mnie duże zaskoczenie, że nagle lekarz rodzinny współpracuje na innych zasadach ze specjalistą. Jestem w jednej z tych chorób przewlekłych. Było to dla mnie bardzo dziwne. Zawsze musiałem załatwiać termin, a tak miałem termin jakiś tam wyznaczony. Jeszcze większe zdziwienie – dostałem pakiet badań, które miałem zrobić. Zazwyczaj robiłem je jako poseł zamożny – nie tak jak poseł Wolski, biedujący – prywatnie. Tutaj mi nawet powiedziano, że muszę to zrobić, bo to jest w ramach tej opieki. Zatem to jednak drąży skałę. To jest przyszłość.

Z jednego się cieszę. Nie prowadziliśmy tego w sposób rewolucyjny, czyli jako obowiązkowego. Bo wtedy byłaby pewnie tragedia i takie dzisiejsze posiedzenie Komisji byłoby przekrzykiwaniem się, że coś nie wyszło.

Ale mam jedną propozycję. Jednak trzeba by uaktywnić i edukować pacjenta, że taka opieka w pewnych chorobach cywilizacyjnych – tak je nazwijmy, chorują setki tysięcy czy miliony osób – jest możliwa. Żeby próbowali też własnymi kanałami wśród swoich lekarzy rodzinnych się dopytać. Bo nie ma nic gorszego dla lekarza, kiedy on nie dysponuje czymś, co jest przyjęte i lepiej zorganizowane. Dla pacjenta jest to niewątpliwie bardzo korzystne. Myślę, że to będzie wymagało również – mrówcza praca przy monitorowaniu tego też jest ważna – pewnych zmian, które nas czekają. Wzajemne relacje POZ i specjalistów. Tu się musi coś zmienić. Zmieni się. Pierwsza wizyta jest odpłatna. Po co angażować środki i wpisywać w kolejkę na coraz niższe… Tym bardziej że lekarz rodzinny czy lekarz podstawowej opieki

zdrowotnej sobie z tym poradzi. Być może wszyscy byśmy oczekiwali bardziej dynamicznego wzrostu. Trochę mnie martwi, że są środki finansowe na to przeznaczone, tylko chętnych jest bardzo mało. Mam nadzieję, że zbliżymy się do wykonania tych założeń w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia, że będziemy po prostu realizować to nie tylko w sensie ilościowym, ale również w sensie finansowym.

Dziękuję również Porozumieniu Zielonogórskiemu za włączenie się. To jest przecież stowarzyszenie bardzo trudne, jeżeli chodzi o dyskusję. Sam przeżyłem sylwestra i Nowy Rok w ministerstwie – wiem na czym ta sprawa polega. To jest wyraz jednak odpowiedzialności i zrozumienia tych sytuacji. Rzadko dziękuję… Tak jestem stworzony, że to mi się należy, nie innym. Ale tu akurat dziękuję za zrozumienie tej sprawy. Również taka prośba Porozumienia, żeby swoimi kanałami również krzewić tę ideę opieki koordynowanej w POZ. Bardzo było to ważne. Nie spodziewam się jakichś takich efektów rzędu 100%. Bo to są pewnie różne rzeczy…

Natomiast co do wycen, zawsze jest kwestia jak kto i co wycenia. Myślę, że wycena komercyjna na przykład holtera prowadzona przez jakiś szpital, to nie jest tak dokładnie wycena proponowana przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Bo w wycenie chociażby chodzi o ilość badań, które się wykona. Jeżeli ja kupię aparat, mam oprzyrządowanie i będę miał jedną lub dwie zamiast dziesięciu tego typu procedur, to siłą rzeczy cena musi być wysoka. Nie potrafię się odnieść, czy ona jest niska, czy nie. Wiem, że dzisiaj nie jest ona być może konkurencyjna dla podmiotów, które holterami się zajmują. Ale ta propozycja, że być może właśnie poradnie POZ w jakiś sposób się zjednoczą i gdzieś tam wymuszą albo pokażą lukę popytową, że jest popyt na to, żeby ktoś wykonywał tego typu usługi, spowoduje, że ta wycena wcale nie będzie tak dramatycznie różna od tej proponowanej za prywatne pieniądze. Dziękuję za te informacje. Myślę, że za rok będzie konieczna następna. Życzę, żeby ta opieka koordynowana się rozwijała. Bo ona nie jest w zasadzie ani dla lekarza, ani dla POZ, ani specjalnie dla AOS... Ona jest bardzo, ale to bardzo korzystna dla pacjentów, którzy borykają się z chorobami cywilizacyjnymi. Oni we współczesnym świecie są naprawdę bardzo zagubieni. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Czy ktoś jeszcze z państwa chciałby… Panie pośle Wolski, panie pośle Wolski… Jedno zdanie. Już może nie na temat biedy, tylko praktycznego funkcjonowania. Dosłownie jedno zdanie.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

Jeżeli tylko zdanie, to taki bardzo szybki komentarz… W skali makro jednak dołożono – kwotowo, pomijając jakieś tam wskaźniki inflacji – do POZ o wiele mniej niż to szpitali, co skądinąd jest zrozumiałe. Wiem, że pan minister chciałby o wiele więcej i widzi potrzeby, ale ten przysłowiowy raczej w polskich realiach minister finansów nie pozwala. Taka prawda. Powiedzmy… Menedżerem dobrym powinien być dyrektor wielkiego szpitala wojewódzkiego, ale przecież małe placówki, które mają kilka tysięcy tak zwanych opcji, też mają coraz lepszych menedżerów – tylko na małą skalę. Ci menedżerowie liczą, co im się opłaca, a co nie. Przecież to jest taka rzeczywistość. Widocznie nie za bardzo się to opłaca. Pani doktor na przykładzie bodajże próby wysiłkowej czy któregoś badaniu mówiła, że… Powiedzmy, to trochę wolny rynek. Zwracam uwagę ogólną, że w polskich realiach ta publiczna czy… jakieś SPZOZ czy prywatne, ale finansowane z pieniędzy publicznych…

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie pośle, to zdanie wielokrotnie złożone… Już miał pan długą wypowiedź.

Poseł Zdzisław Wolski (Lewica):

A sektor prywatny ma się coraz lepiej.

Tylko jedno pytanie. Chodzi o Porozumienie Zielonogórskie. Od wielu lat są trudne rozmowy. Ja też mniej więcej to śledzę. Ale na jakim etapie jest to obecnie? Jeśli chodzi o opiekę zintegrowaną z jakimiś przeszkodami, warunkami… Ale chyba te rozmowy w dobrą stronę zmierzają? Tak mi się wydaje.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Zaraz pan minister to powie. Więcej zgłoszeń nie widziałem. Projekt jest dobry. Wszyscy się zgadzają, nie ma specjalnie o czym dyskutować. Pani poseł Banaszek, proszę uprzejmie.

Poseł Anna Dąbrowska-Banaszek (PiS):

Panie przewodniczący, panie ministrze, wszyscy obecni, rzeczywiście bardzo tego brakowało. Dobrze, że ta opieka koordynowana już jest. Zapewne z czasem dojdą jeszcze inne osoby mające choroby przewlekłe, które również będą mogły być w ten sposób nadzorowane. Wierzę, że to zwiększy też zaufanie do lekarza rodzinnego. Natomiast mam również nadzieję, że zwiększy to ilość badań profilaktycznych, które będą wykonywane przez POZ. Prowadzenie osoby, która już ma chorobę przewlekłą, a jest w jakiejś większej rodzinie, przy większym zaufaniu do lekarza rodzinnego być może skłoni inne osoby z tej rodziny do wykonywania tych badań profilaktycznych. Bo niestety wciąż jeszcze tych badań my Polacy robimy bardzo mało. Widzę też taką większą przyszłość ku temu, że choroby będą wykrywane na takim etapie, kiedy leczenie będzie bardziej skuteczne, a może nawet po prostu będzie można je tylko obserwować. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Ostatnie słowo należy do pana ministra. Proszę o odpowiedź na pytanie i komentarz. Proszę bardzo.

Sekretarz stanu w MZ Waldemar Kraska:

Dziękuję, panie przewodniczący. Padały tu słowa, że jest to ewolucja czy rewolucja. Ja mogę powiedzieć, że to jest dobra zmiana w POZ. Przez wiele lat oczekiwana. Wcale nie powstała ad hoc w czasie jednego czy dwóch spotkań. Te rozmowy były dość trudne. Rozmowy były na pewno i konstruktywne, i merytoryczne.

Najważniejsze w tym wszystkim jest to, że wprowadziliśmy tę dobrowolność. Nikogo nie zmuszaliśmy, żeby do tego systemu wchodził na siłę. To jest dużym plusem opieki koordynowanej. Bo to właśnie pacjenci będą wymuszać na lekarzach POZ, aby taką formę usługi wprowadzili, jak zobaczą, że w innym POZ to się odbywa. Wiadomo, że poczta pantoflowa dość szybko się rozchodzi. Na tą chwilę jest około 20% podmiotów zaangażowanych. Myślę, że to się będzie poszerzało. Dziękuję za deklaracje i pomoc Porozumieniu Zielonogórskiemu. To jest trudny partner – przyznajemy – ale są konstruktywne rozmowy. Państwo przystępujecie do opieki koordynowanej i dajecie dobry przykład kolegom. To spowoduje, że nowych podmiotów, które będą brały w tym udział, będzie coraz więcej. Ta współpraca, jeśli chodzi o przykład z kardiologią – jest dość ważna. W tej chwili choroby układu sercowo-naczyniowego są na pierwszym miejscu, jeżeli chodzi o śmiertelność Polaków. Będzie się z tym troszeczkę zazębiała nasza sieć kardiologiczna, która także daje duże uprawnienia lekarzom rodzinnym, by ten kontakt z kardiologiem był zdecydowanie szybszy. To, co powiedziała pani doktor – ta kolejka do kardiologa jest czasem tak długa, ponieważ nie wszyscy pacjenci wymagają kolejnej wizyty za 2-3 miesiące, tylko po to, aby przepisać te leki, które pacjent zażywa od wielu miesięcy. Chcemy, aby ta pomoc kardiologiczna odbywała się na zasadach konsultacji, czyli była w miarę szybko i wtedy, kiedy dochodzi do pogorszenia stanu zdrowia i trzeba przeprowadzić nową diagnostykę kardiologiczną oraz wprowadzić nową terapię lub zmodyfikować dotychczasowe leczenie.

Ta opieka koordynowana, która jest tak w tej chwili modna, jak pokazują badania europejskie i światowe, przynosi zdecydowanie dużo więcej pożytecznych wskaźników i wiele dobrych rzeczy dla pacjenta. To, co powiedział pan przewodniczący i odczuł to na własnej skórze – pacjent jest w tym systemie prowadzony za rękę. Dostaje pewien pakiet badań, zostaje poinformowany o terminie. Nie zostawia się go samemu sobie. Wprowadzamy to nie tylko w POZ, ale i kardiologii, i onkologii. To w tej chwili zaczyna pączkować i w wielu specjalnościach ta opieka koordynowana zaczyna się pojawiać. To, co w tej chwili się rozpoczęło, będzie nie takie wolne jak przygotowanie POZ. Pani doktor mówiła o 20 latach. Myślę, że zdecydowanie szybciej większość POZ wejdzie w tę opiekę koordynowaną. Szczególnie, że chodzi tutaj o zdrowie naszych pacjentów. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Dziękuję wszystkim państwu. Zamykam posiedzenie.